

Dati personali f m

E-mail: _____

Nome: _____

Telefono: _____

Cognome: _____

Professione: _____

Indirizzo: _____

Datore di lavoro: _____

NPA, luogo: _____

Medico curante: _____

Data di nascita: _____

Dentista prec.: _____

Assicurazioni

Cassa malati (base): _____ Nr. AVS: 756. _____

A. infortuni: lavorativa cassa malatiA. dentale: no sì, _____ (la richiesta di rimborso va fatta dal paziente)**Altri sostegni** Ufficio sostegno sociale (USSI) Ufficio richiedenti asilo e rifugiati (URAR) Complementare PC AVS/AI (IAS)  Specificare permesso: N F B Altro ente (per es. comune / fondazione): _____**Rappresentante legale (solo se esistente)** Genitore Curatore

Nome, Cognome: _____

E-mail: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

È destinatario:

 di fatture / preventivi di tutta la corrispondenza (es. promemoria appuntamenti)**Motivi della visita:** cambio dentista solo urgenza o secondo parere altro: _____**Su consiglio di:** conoscenti altro dentista / igienista internet / ricerca individuale**Igiene dentale:** presso STUDIO LUNGH ho un'igienista esterna: _____**Questionario di salute**

1. È stato/-a di recente **ammalato/-a**, sotto cure mediche o in ospedale? Sì NO
Se sì, a causa di che malattie? _____

2. Prende regolarmente **medicamenti** e/o **stupefacenti**? Sì NO
Se sì, quali? _____

3. **Fuma/fumava** oppure usa/usava altre forme di **tabacco** (es. snus)? Sì NO
Se sì, cosa e quanto? _____

Continua sul retro →

4. Soffre o ha già sofferto di uno dei seguenti disturbi? SÌ NO
- Allergie/Ipersensibilità** (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Pollini – Latex – Metalli – Iodio – Alimenti – Anestetico – Medicamenti (antibiotici, altri)
Altro: _____
 - Disturbi cardiaci** (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Pressione alta – Pressione bassa – Angina pectoris – Infarto cardiaco – Ictus/colpo cerebrale – Difetto cardiaco/valvola artificiale – Disturbi del ritmo cardiaco – Endocardite
Altro: _____
 - Malattie del sangue** (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Emofilia – Anemia – Altro: _____
 - Malattie del metabolismo** (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Diabete – Ipotiroidismo – Iperitiroidismo – Altro: _____
 - Malattie infettive** (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
HIV – Epatite – Tubercolosi – Altro: _____
 - Malattie al fegato o ai reni** (specificare): _____
 - Malattie allo stomaco o all'intestino** (specificare): _____
 - Disturbi alimentari** (specificare): _____
 - Malattie respiratorie o ai polmoni** (specificare): _____
 - Malattie reumatiche o alle ossa** (specificare): _____
 - Sinusite, dolori del viso o mal di testa cronici** (specificare): _____
 - Epilessia o altri disturbi cerebrali** (specificare): _____
 - Depressione o altri disturbi della psiche** (specificare): _____
 - Altro** (specificare): _____
-
5. Si è già sottoposto/-a a **interventi chirurgici/operazioni**? SÌ NO
Se sì, quali? _____
-
6. Si è già sottoposto/-a a sedute di **chemioterapia o radioterapia**? SÌ NO
Se sì, per quale motivo e quando? _____
-
7. Possiede **pacemaker, protesi ortopediche** o altri **trapianti/impianti**? SÌ NO
Se sì, dove e da quando? _____
-
8. *Se donna: è incinta?* SÌ NO
Se sì, in che mese? _____
-
9. Ha già avuto degli **infortuni con lesioni dentali**? SÌ NO
Se sì, quando? _____
-
10. È già stato in **cura da un ortodontista** (apparecchio dentale)? SÌ NO
Se sì, quando e da chi? _____
-
11. Porta regolarmente uno dei seguenti **apparecchi amovibili dentali**? SÌ NO
 Bite/ferula notturna Bite/ferula sportiva Altro: _____
-
12. **Le piace il suo sorriso?** SÌ NO
Se no, cosa cambierebbe? Allineamento Colore Altro: _____

Dichiarazione del paziente

Con la mia firma confermo che, fino a revoca, acconsento al trattamento dei miei dati, all'accesso ai dati da parte del dentista e alla trasmissione dei dati a terzi in conformità con il documento informativo per i pazienti / la Legge sulla protezione dei dati.

Ho letto il documento *Informazioni per il paziente riguardo al trattamento dei dati personali - Nuova Legge sulla protezione dei dati (LPD)* (documento aggiornato al 01.01.2025) e ne accetto il contenuto.

Luogo, data: _____

Firma: _____

Informazioni per il paziente riguardo al trattamento dei dati personali - Nuova Legge sulla protezione dei dati (LPD)

Di seguito la informiamo sullo scopo per cui lo studio dentistico della Dr.ssa med. dent. Nancy Lunghi – STUDIO LUNGHI (di seguito studio) raccoglie, memorizza o trasmette i suoi dati personali. Inoltre, la informiamo sui diritti che le spettano nell'ambito della protezione dei dati.

Responsabilità Il soggetto responsabile del trattamento dei suoi dati personali e in particolare dei suoi dati sanitari è lo studio. Per chiarimenti concernenti la protezione dei dati la preghiamo di rivolgersi al personale dello studio o direttamente alla sua o al suo dentista.

Raccolta dei dati e finalità del trattamento Il trattamento dei suoi dati (raccolta, salvataggio, utilizzo e conservazione) avviene sulla base del contratto di cura e delle norme di legge in materia di adempimento delle finalità del trattamento, nonché dei relativi obblighi. La raccolta dei dati viene effettuata dalla/dal dentista curante nell'ambito del trattamento. Dall'altro lato, noi riceviamo dati anche da altri operatori presso i quali lei è o è stato/a in cura e ai quali abbia dato il relativo consenso. Nella sua cartella clinica verranno trattati solo i dati relativi al trattamento. La cartella comprende i dati personali forniti nel modulo per il paziente come dati anagrafici, recapiti e dati assicurativi nonché il colloquio informativo svolto nell'ambito del trattamento medico e i dati sanitari raccolti, come anamnesi, diagnosi, proposte terapeutiche e referti. I suoi dati sono registrati nei software di gestione (Denteo) e di elaborazione immagini (3Shape e CliniView). I nostri software e il nostro materiale sono configurati in modo tale da proteggere i suoi dati e rispettare la sua sfera privata; le uniche persone che hanno accesso ai suoi dati sono il personale con cui ha un rapporto di cura e il personale amministrativo dello studio; altri dentisti dello studio sono autorizzati a consultare la sua cartella sanitaria solo se necessario, segnatamente, in caso ci fosse la necessità di una sostituzione o per fornirle un'informazione che ha richiesto; per ottimizzare i processi di lavoro e poterla curare in modo efficace e decentralizzato, i suoi dati sono salvati in cloud (Denteo e Swisscom). Per questo motivo possono trovarsi anche su server esteri. Secondo il fornitore di servizi software lo standard di sicurezza è di alto livello e i dati sono criptati.

Durata della conservazione La sua cartella clinica verrà conservata per 20 anni dall'ultimo trattamento medico. Trascorso tale periodo, verrà conservata solo con il suo esplicito consenso oppure verrà cancellata o distrutta in modo sicuro.

Trasmissione dei dati I suoi dati personali e in particolare i suoi dati sanitari vengono da noi trasmessi a terzi esterni solo se ciò è consentito o richiesto dalla legge oppure se lei ha dato il suo consenso alla trasmissione dei dati nell'ambito del suo trattamento medico.

- La trasmissione alla sua assicurazione malattie o all'assicurazione infortuni, all'assicurazione invalidità o ai servizi sociali viene effettuata allo scopo di conteggiare le prestazioni fornite. Il tipo di dati trasmessi si basa su quanto previsto dalla legge.
- Nel singolo caso, secondo il suo trattamento medico e il relativo consenso concesso, i dati possono essere trasmessi a ulteriori soggetti legittimati a riceverli (ad es. laboratori, altri medici).
- Le immagini prodotte mediante radiografia o fotografie, video o scansioni endorali possono essere utilizzate per la pianificazione dei casi (inclusi fornitori esterni).
- La trasmissione dei dati del paziente necessari e della fattura all'agenzia di recupero crediti avviene per finalità legate all'incasso (riscossione di crediti esigibili).

Revoca del consenso Se ha già dato il suo espresso consenso a un determinato trattamento dei dati, lo può revocare interamente o parzialmente in qualsiasi momento. La richiesta di revoca o modifica del consenso deve essere presentata per iscritto. Una volta ricevuta la sua revoca scritta e qualora non sussistano altri fondamenti per il trattamento eccetto il suo consenso, il trattamento verrà interrotto. La revoca non incide sulla legittimità del trattamento dei dati effettuato fino al momento della revoca.

Diritto di informazione, visione e consegna Lei ha in qualsiasi momento il diritto di ottenere informazioni sui suoi dati personali. Può inoltre prendere visione della sua cartella clinica o richiederne una copia.

Diritto alla consegna o trasmissione dei dati Lei ha il diritto di richiedere la consegna o trasmissione, a lei personalmente o a terzi, dei dati che noi trattiamo in modo automatizzato o digitale in un formato comune e leggibile da una macchina. Ciò vale in particolare per la trasmissione di dati medici a un operatore sanitario da lei indicato. Nella misura in cui lei richieda la trasmissione dei dati a un altro responsabile, la trasmissione verrà effettuata se tecnicamente fattibile.

Correzione dei suoi dati Se dovesse constatare o ritenere che i suoi dati non siano corretti o siano incompleti, ha la possibilità di richiederne la correzione. Qualora non sia possibile stabilire né l'esattezza né l'incompletezza dei suoi dati, ha la possibilità di richiedere l'inserimento di una menzione del carattere contestato.

Aggiornamento delle informazioni: 1° gennaio 2025